

Ficha Médica

CICLO ESCOLAR 2025 - 2026

Selecciona el área educativa: Preescolar Primaria Secundaria Bachillerato

Nombre del Alumno(a) : _____ Grado: _____ Grupo: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad: _____ años: _____ meses: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____

¿Cuenta con seguro médico? Sí: _____ No: _____ ¿Cuál?: _____ No Afiliación: _____

¿Cuenta con esquema de vacunación completo?: Sí _____ No _____

¿Autoriza usted la administración de medicamentos tales como: (Aspirina, Tempra, Paracetamol, Buscapina, Clarityne, Avapena, Treda, Pepto Bismol, entre otros), como atención de primer contacto?

Si: _____ No: _____ Exceptuando ¿cuál?: _____

Estado actual del alumno (a):

¿El educando es alérgico a algún medicamento o alimento?: Sí _____ No _____

¿A cuál?: _____

Operaciones a las que se ha sometido: _____

¿Se cansa con rapidez o lentamente durante los esfuerzos físicos o mentales? Sí _____ No _____

¿En qué en especial?: _____

¿Ha tenido fracturas?: Sí _____ No _____ Especifique de qué tipo: _____

¿Ha estado hospitalizado (a)?: Sí _____ No _____ ¿Por qué motivo?: _____

¿Padece alguna enfermedad ó condición que requiera atención específica?: Sí _____ No _____

¿Cuál?: _____

Ficha Médica

CICLO ESCOLAR 2025 - 2026

Padece alguna enfermedad crónica como:

- | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Colitis | |

¿Está en algún tratamiento médico?: Sí _____ No _____ ¿Cuál?: _____

Datos Odontológicos:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> TX Ortodoncia | <input type="checkbox"/> Gingivitis | <input type="checkbox"/> O:D: con caries ____ |
|--|-------------------------------------|---|

Visión:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Usa lentes | <input type="checkbox"/> Astigmatismo | <input type="checkbox"/> Miopía |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

Oído:

- Padece sordera
- Requiere del uso de algún aparato ¿Cuál?: _____

Podólogo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene pie plano | <input type="checkbox"/> Utiliza plantilla en su calzado |
|--|--|

Antecedentes Familiares:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión ¿Quién?: _____ | <input type="checkbox"/> Drogadicción ¿Quién?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes ¿Quién?: _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión ¿Quién?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tabaquismo ¿Quién?: _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer ¿Quién?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo ¿Quién?: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales ¿Quién?: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otros: _____ ¿Quién?: _____ |

Teléfonos de emergencia:

Nombre de la Mamá o Tutora: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Teléfono casa: _____ trabajo: _____ cel: _____

Nombre del Papá o Tutor: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Teléfono casa: _____ trabajo: _____ cel: _____

Nombre completo y Firma del padre, madre o tutor